

ご記入日 年 月 日

## 【ストレスチェック支援サービス お申込み・お問合せ用紙】

お手数ですが、ご記入できる範囲内で結構ですので、下記についてご記入ください。  
ご記入後、【054-273-2126】までFAXをお願い致します。

### ■事業所様情報

事業所様 名称	フリガナ		
住所	〒		
担当者様 氏名	フリガナ	TEL	
		FAX	
E-mail			
健康診断	<input type="checkbox"/> 静岡医師会健診センターMEDIOで受診		<input type="checkbox"/> 他施設で受診

### ■従業員数・実施者

従業員数	<input type="checkbox"/> 50人以上（法的義務あり）		<input type="checkbox"/> 50人未満（法的義務なし）	
実施者	<input type="checkbox"/> 事業所所属の実施者（医師・保健師・一定の研修を受けた看護師or精神保健福祉士）がいる			
	実施者氏名			所属
	<input type="checkbox"/> 外部に実施者を委託している			
	区分	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 産業医以外の医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士		
	医院名			
	実施者氏名			
	住所			TEL :
<input type="checkbox"/> 現時点で実施者がいない（⇒【 年 月】頃までに立てる予定）				
<input type="checkbox"/> （従業員50人未満の事業所のみ）実施者を立てる予定がない				

### ■お問合せ内容

MEDIOのストレスチェック支援サービスに

申込み ・  問合せ をしたい。（お問合せ内容は下欄にご記入下さい。）